

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921. — N° 258

L'IRITIS SYPHILITIQUE à forme hémorragique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN BARRAUD

né le 10 Décembre 1895, à St-Dizier (H^e-Marne)



LYON-VILLEURBANNE
IMPRIMERIE DE LA CITÉ J. CHAMBEFORT
78, Cours de la République

1921

L'Iritis syphilitique
à forme hémorragique

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921. — N° 258

L'IRITIS SYPHILITIQUE à forme hémorragique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN BARRAUD

né le 10 Décembre 1895, à ST-DIZIER (H^e-Marne)



LYON-VILLEURBANNE
IMPRIMERIE DE LA CITÉ J. CHAMBEFORT
78, Cours de la République

—
1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique		X.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		NICOLAS
Clinique des maladies des voies urinaires		LEPINE (J.)
Clinique chirurgicale des maladies des enfants		WEILL
Clinique des maladies des femmes		LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET
Chimie biologique		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		MOURIQUAND
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique		ARLOING (F.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	VALLAS
» » Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
» » Chimie minérale	BARRAL
» » Accouchements	COMMANDEUR
» » Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THÉVENOT (Léon)	THÉVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. FAVRE et MURARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA FEMME

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES CAMARADES
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de clinique ophtalmologique

Officier de la Légion d'Honneur

Nous lui devons le sujet de ce travail. Nous lui exprimons notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse et pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé à sa clinique.

A MES JUGES

A MES MAITRES

A MES CHEFS

INTRODUCTION

L'iritis syphilitique est, parmi les affections de l'œil, une des plus intéressantes, par la diversité de ses formes cliniques, par les complications qu'elle peut entraîner, et aussi par sa valeur indicative au point de vue du pronostic général.

Ce n'est guère que depuis une vingtaine d'années que les ophtalmologistes sont parvenus à différencier avec précision les diverses manifestations de la syphilis irienne. L'iritis gommeuse a été longtemps méconnue et décrite comme une iritis simple à forme nodulaire. L'hémorragie de la chambre antérieure était à peine signalée et sommairement étudiée. A un point de vue plus général, on confondait fréquemment les accidents secondaires et les accidents tertiaires dans leurs localisations sur l'œil.

Nous nous permettons d'apporter ici notre modeste hommage à M. le Professeur Rollet qui, après une étude de longue haleine et grâce à un nombre important d'observations personnelles a donné de cette affection une description complète et définitive.

L'objet principal de notre travail est l'hémorragie dans l'iritis spécifique. Après avoir passé en revue les diverses formes cliniques de cette affection, nous nous proposons d'étudier l'iritis hémorragique en général, puis de rechercher quelle est la part qui revient à la syphilis, et, en particulier à la syphilis tertiaire, dans l'étiologie de cette affection. C'est un point croyons-nous, qui n'a pas été, jusqu'à présent, suffisamment mis en relief. En terminant, nous essaierons de tirer de cette étude quelques indications en ce qui concerne le diagnostic, le pronostic et le traitement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Historique

Jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, l'iritis syphilitique a été la seule complication oculaire de la syphilis qui fut connue. Encore ne savait-on différencier aucune de ses formes cliniques et son traitement était-il purement empirique.

C'est en 1801 que Beer décrivit pour la première fois l'iritis syphilitique et les condylomes iriens qu'il considère comme des végétations vasculaires ou des abcès en voie de formation. En 1813, il les compare à la crête de coq et les appelle des *verruës pointues*.

En 1829 Nichet, parmi un certain nombre d'observations ayant trait à l'iritis, rapporte un cas d'iritis syphilitique dans lequel la chambre antérieure était occupée « dans toute sa hauteur par une matière puriforme, jaune, concrète » et qui se résorba à la suite d'un traitement héroïque. C'était sans doute un cas de pseudo-hypopyon gommeux.

Par la suite divers auteurs signalent l'affection : Cul-lerier et Mackenzie en 1844, Desmarres en 1847, De Græfe en 1858. Virchow, le premier, en 1860, reconnaît la nature gommeuse des nodules iriens. Depuis cette date, qui marque l'acquisition à la science ophtalmologique de la notion exacte de l'iritis gommeuse, le nombre des observations a considérablement augmenté. Des thèses nombreuses et richement documentées ont paru sur ces sujets jadis inconnus. On rapporte plusieurs cas de « vérole galopante », « vérole de la Renaissance », comme les appelait Ricord. On observe mieux, et l'on connaît mieux les rapports qui existent entre les affections oculaires et les

maladies générales dont elles ne sont, somme toute, que les manifestations les plus visibles, les plus indiscutables.

Hippel en 1867, Stellwag en 1870, Schmidt en 1872, Nitot en 1880, Schœfer en 1883, Fuchs en 1884, de Wecker en 1887, Dehenne, Armaignac, Benoît, Despagne, Hanke, Oliver, sont les principaux noms et les principales dates de l'histoire de l'iritis syphilitique au siècle dernier.

En 1901, Lagrange donne, peut-être pour la première fois, une description détaillée de l'affection qui nous occupe. Fromaget, Thomson, Tournadour, de Barkau apportent quelques nouvelles observations.

Enfin, depuis une quinzaine d'années, M. le Professeur Rollet a rapporté un certain nombre de cas particulièrement intéressants, et, au cours de plusieurs publications ou communications, a définitivement établi les diverses formes cliniques de l'iritis syphilitique. C'est à lui que nous devons la description de l'iritis gommeuse, et de l'infiltration gommeuse diffuse.

Dans toutes les observations du siècle dernier, la forme hémorragique de l'iritis syphilitique tient véritablement peu de place.

Sans doute l'existence de ces épanchements a été signalée depuis longtemps. Au chapitre *Iritis* du *Traité des maladies de yeux* de Lawrence, publié en 1830, on trouve cette phrase : « Dans une violente inflammation, il peut y avoir hémorragie; le sang se mélange alors avec les différentes matières épanchées. » Desmares (1940), Carron du Villards (1847) font également mention de l'hyphéma.

Mais lorsqu'on lit les ouvrages de ces auteurs, on voit qu'aucun d'eux ne semble attacher au phénomène une grande importance. Ils se bornent à donner la définition des hyphémas, attribuant pour la plupart leur existence à la production d'un traumatisme sans chercher s'il existe

d'autres causes susceptibles de leur donner naissance. Aucun d'eux, en particulier, ne songe à le rattacher à la syphilis.

Ce n'est qu'en 1877 qu'Alt, dans un travail sur l'ophtalmie sympathique, s'arrête plus longuement sur la question. Il considère l'hyphéma comme l'apanage presque exclusif de l'iritis spécifique et de l'iritis suite d'opération.

Hutchinson en 1877, Imré en 1878, Sabatier en 1879, essaient d'établir une classification des iritis à hyphéma, et c'est Broca qui, croyons-nous du moins, leur donne pour la première fois le nom d'iritis hémorragique.

Guttman, au congrès de Berlin de 1890, présente deux enfants atteints d'iritis avec hyphéma, causés par la syphilis congénitale.

Depuis cette date tous les auteurs signalent la syphilis dans l'étiologie de cette affection. Nous nous bornerons à citer Panas qui, dans son *Traité des maladies des yeux*, consacre un chapitre spécial à cette question. Son traité est le seul qui lui fasse une place à part, l'iritis hémorragique ayant été jusque là brièvement signalée.

Teillais rapporte 4 cas d'iritis hémorragique, dont 2 sont imputables à la syphilis. Zimmermann, Truck, Lagrange, signalent le fait à leur tour.

M. le Professeur Rollet possède trois observations d'iritis syphilitique hémorragique particulièrement intéressantes. C'est à l'occasion de la dernière de ces observations, encore inédite, qu'il a bien voulu nous charger de faire l'histoire clinique de cette affection.

CHAPITRE II

Formes cliniques de l'iritis syphilitique

1° L'Iritis plastique. — 2° L'Iritis gommeuse : (a) Gomme circonscrite ; b) Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon ; c) Infiltration gommeuse diffuse).

1° L'IRITIS PLASTIQUE. — C'est la forme la plus commune de l'iritis de la période secondaire de la syphilis. Elle envahit généralement l'œil peu après la première éruption cutanée. Elle se rencontre également dans la syphilis héréditaire, mais beaucoup moins fréquemment. La kératite parenchymateuse, la cyclite en sont les complications les plus fréquentes.

Les deux grands symptômes de l'iritis plastique sont l'hypérémie et l'exsudation.

L'hyperémie produit la décoloration de l'iris, qui apparaît terne, œdédié. S'il était bleu primitivement, il vire au vert. Dans les yeux foncés le changement est moins prononcé. La pupille est grisâtre, contractée, paresseuse : en effet l'hypérémie produit inévitablement l'élargissement de l'iris résultant de l'engorgement de ses vaisseaux ; en outre l'état irritatif de l'organe produit un spasme du sphincter.

L'iritis peut s'en tenir à ce premier stade d'hypérémie : c'est le cas dans les formes les plus bénignes de cette affection. Sinon l'exsudation se produit.

Cet exsudat peut se déposer dans le tissu irien lui-même ou bien dans les espaces voisins, chambre antérieure d'une part, chambre postérieure d'autre part.

L'exsudat dans le tissu, constitué par l'apport de nombreuses cellules rondes et de sérosité, donne à l'iris un

aspect épaissi, tuméfié. La décoloration est beaucoup plus prononcée, la pupille est très rétrécie.

Dans la chambre antérieure, l'exsudat produit tout d'abord un trouble assez considérable de l'humeur aqueuse, dans laquelle sont suspendues de nombreuses cellules exsudatives. Ce trouble fait apparaître la pupille grise au lieu d'être noire. Les particules solides constituant l'exsudat peuvent, si elles sont en assez grande abondance, se déposer au fond de la chambre, et constituer l'hypopyon. Si l'hypérémie est très prononcée, et domine en quelque sorte le tableau clinique, il y a des ruptures vasculaires et l'hyphéma se produit. Enfin dans le cas d'exsudation abondante, on voit de légers dépôts fibrineux sur la face postérieure de la cornée, constituant la descémétite ponctuée ; ces dépôts peuvent se former également sur la cristalloïde antérieure, s'organiser en une véritable fausse membrane, et réaliser l'occlusion pupillaire.

L'exsudat de la chambre postérieure ne se traduit que par des adnances entre l'iris et la capsule cristallinienne : ce sont les synéchies postérieures. Ces adnances se produiront surtout aux points de contact, c'est-à-dire au niveau du bord pupillaire ; elles se forment à la période la plus aigüe de la maladie, au moment où l'iris se rétrécit au minimum ; elles persisteront après la disparition de l'inflammation, lorsque l'iris aura repris sa largeur normale, et alors, la pupille prend une forme irrégulière, qui s'exagère encore lorsqu'on instille de l'atropine.

On peut, par l'administration répétée de mydriatiques, rompre ces synéchies. Mais toujours il subsistera au niveau des anciennes adnances, sur la cristalloïde antérieure, des taches brunes formées par la partie de la couche pigmentaire de l'iris qui sera restée en place après la rupture. Ces points pigmentaires sont indélébiles, et té-

moignent ainsi pendant toute la vie qu'un jour l'œil a été atteint d'iritis.

Enfin, lorsque l'adhérence occupe tout le pourtour du bord pupillaire, on emploie l'expression de synéchie postérieure annulaire. La conséquence immédiate en est la séparation de la chambre antérieure de la chambre postérieure, appelée séclusion pupillaire.

Tout cet ensemble de symptômes, qui traduisent d'importantes modifications du milieu intérieur de l'œil s'accompagne généralement d'une douleur parfois sévère avec irradiations périorbitaires, et exacerbations nocturnes. Le malade est alors privé de sommeil ; son état général en est affecté et il offre de ce fait une moins grande résistance à l'élément infectieux. L'acuité visuelle baisse dans une proportion considérable ; nous avons vu qu'elle pouvait tomber à zéro dans les cas d'occlusion pupillaire totale. Enfin il y a de l'injection ciliaire et conjonctivale, larmoiement et photophobie.

La forme aiguë de l'iritis plastique dure 4 à 5 semaines environ. La forme chronique n'est accompagnée parfois que de symptômes inflammatoires insignifiants. Certaines formes torpides se prolongent des années, avant de donner lieu à des récidives ou des poussées d'iritis aiguës à répétition. Elles peuvent donner naissance à des gommès.

Dans les formes graves, l'iritis entraîne comme conséquences permanentes : l'atrophie de l'iris qui est terne, décoloré avec un bord pupillaire aminci, parfois découpé en franges, immobile ; les synéchies postérieures ; la fausse membrane pupillaire ; l'opacification du cristallin, et enfin les exsudats derrière l'iris qui arrivent à constituer une masse fibreuse enveloppant le cristallin, pouvant envahir le corps vitré, provoquant des décollements de la rétine par rétraction du corps vitré, et, d'une façon

plus générale l'atrophie du bulbe oculaire. La chambre antérieure diminue d'épaisseur, le globe se plisse suivant une forme irrégulière, et le bulbe prend la forme d'un ballot de marchandises fortement serré par une corde (Fuchs). Aujourd'hui, sous l'influence du traitement, ces séquelles de l'iritis plastique se rencontrent de plus en plus rarement.

2°. L'IRITIS GOMMEUSE. — Elle doit être considérée comme une manifestation de la période tertiaire. Cependant, elle peut débiter précocement.

Dans deux observations de M. le Professeur Rollet, elle apparaît respectivement 6 et 9 mois après le chancre. Nitot, dans un cas, note un intervalle de 5 mois ; 3 mois seulement chez un malade de Schæfer. C'est sur de pareilles observations que s'est appuyé Fuchs pour affirmer que les nodosités iriennes ne sont pas de nature gommeuse, puisque, dit-il, elles coïncident avec les symptômes de la syphilis secondaire.

L'observation clinique démontre cependant que la gomme irienne est une manifestation tertiaire précoce. Terson fait remarquer que, toutes les gommés de l'iris à transformation caséuse, quel que soit le moment de leur apparition ont une évolution rapide et destructive : elles constituent, selon l'expression de Fournier, un tertiarisme précoce, ou même un tertiarisme d'emblée, galopant, pouvant aboutir à l'atrophie de l'organe. Armaignac rattache aussi la gomme précoce à la syphilis galopante. M. le Professeur Rollet émet le même avis : « Evidemment, dit-il (1), la plupart de mes malades étaient porteurs d'accidents cutanéomuqueux, dits secondaires, c'est-à-dire résolutifs, mais deux cependant présentaient, comme dans le tertiarisme précoce, outre des plaques muqueuses, des syphili-

(1) Archives d'ophtalmologie, mai 1908.

des cutanées tuberculo-gommeuses, accidents dits tertiaires, c'est-à-dire destructifs. Sans doute ces malades étaient syphilitiques depuis peu de temps ; le chancre datait de 5 mois, 6 mois, 7, 9, 14 mois, mais on voyait à l'iris des nodosités rouge-jaunâtres, c'est-à-dire de véritables gomme. Ces masses, prêtes à se ramollir, cédaient sous l'influence du traitement ioduré plus vite qu'une papule, disparaissant avec une célérité surprenante et avec une communication régressive appréciable de jour en jour. »

Il convient d'ajouter que, dans d'autres cas, la gomme irienne est apparue tardivement, 5 ans, et même 8 ans après l'accident initial.

Cliniquement, l'iritis tertiaire revêt plusieurs formes nettement différenciées. On assiste, soit à la formation d'une gomme qui disparaît rapidement, soit à son évolution vers la caséification et l'ulcération, soit encore à l'infiltration généralisée de l'œil, l'atrophie de l'organe et quelquefois même la mort du sujet. Ces faits si disparates expliquent les divergences des auteurs en ce qui concerne la description ou le pronostic de cette affection..

En se basant sur 12 observations recueillies sur 12000 malades environ, M. le professeur Rollet a distingué 3 formes cliniques principales de la syphilis gommeuse de l'iris.

- a) La gomme circonscrite ;
- b) Le pseudo-hypopyon gommeux ;
- c) L'infiltration syphilitique diffuse, prégommeuse ou gommeuse.

Nous nous proposons de les passer rapidement en revue.

a) *La gomme circonscrite.* — Elle présente un début lent, aphlegmasique, et succède généralement à une iri-

tis plastique évoluant depuis un temps variable, de quelques jours à plusieurs années.

A un moment donné, on observe sur l'iris une tuméfaction rougeâtre, circonscrite, qui se surélève de plus en plus, et constitue dans la chambre antérieure « comme une excroissance simple ou fendillée (Knapp). Le volume ordinaire du nodule varie entre une graine de chènevis et un petit pois. Il siège le plus souvent sur le bord pupillaire de la membrane irienne.

La gomme est généralement unique ; sur 8 observations de M. le Professeur Rollet, elle était solitaire 7 fois ; une fois on notait deux nodules bien distincts, mais, dans divers cas de gomme unique, on pouvait voir au microscope cornéen de Zeiss de petits foyers vasculaires limités, ébauches de gommées naissantes.

La réaction locale est très discrète, quelquefois nulle, d'où le nom de gomme circonscrite. Seule la tendance à la plasticité sera marquée, comme dans tout iritis spécifique : de très bonne heure, apparaissent des synéchies postérieures souvent assez étendues, et des exsudats recouvrant la pupille forment comme un voile grisâtre sur le nodule gommeux.

L'évolution est généralement bénigne. « Rarement, dit Widder, les nodules continuent à grossir après 10 à 12 jours, ils paraissent avoir atteint tout leur développement. » La gomme peut avoir disparu 3 ou 4 semaines après son apparition : elle reste stationnaire quelque temps, puis se résorbe sans laisser d'autres traces que quelques traînées fibreuses à peine visibles au microscope cornéen. Si le traitement a été précoce, le résultat fonctionnel est excellent : on obtient couramment des visions de 1/2 et 2/3. Dans les cas les plus graves, quelques

« fausses membranes » sur le cristallin, des synéchies postérieures, sont les seules séquelles de l'affection.

b) *Le pseudo-hypopyon gommeux*. — En 1904, M. le professeur Rollet a décrit une forme clinique qu'à un examen non méticuleux on pourrait prendre pour un hypopyon classique, et qu'il a appelée l'iritis gommeuse à pseudo-hypopyon. « En effet, dit-il, de même qu'une gomme sous-cutanée fluctuante peut en imposer pour un abcès, de même la matière puriforme demi-fluide, qui n'est pas du pus mais du ramollissement gommeux peut, au travers de la cornée transparente, faire penser au pus banal de l'hypopyon.

« En un mot, il existe un épanchement gommeux dans la chambre antérieure constituant un pseudo-hypopyon qui guérit par le seul traitement général de la syphilis.... Il s'agit donc de pseudo-hypopyon dû à la liquéfaction d'une gomme et non pas d'une suppuration franche et même mixte. »

Schæfer en 1883 rapporte une observation de gomme irienne avec hypopyon de 2 m/m de haut qui se résorba en 2 semaines ; celui-ci « n'avait pas du tout l'aspect d'une collection purulente franche ». Benoit, Despagne signalent l'hypopyon. M. le Professeur Rollet rapporte en 1904 deux cas typiques d'iritis à pseudo-hypopyon. « On voit dans la chambre antérieure une masse jaunâtre en forme d'hypopyon ; plus inféro-externe qu'inférieure, masquant l'iris avec quelques tractus rougeâtres à la périphérie. » Nous rappellerons qu'en 1829, Nichet avait signalé un cas d'iritis syphilitique où la chambre antérieure était occupée « dans toute sa hauteur par une matière puriforme, jaune, concrète. »

Cliniquement, l'iritis gommeuse à pseudo-hypopyon présente 4 phases : après une première période ou « phase de crudité », correspondant au développement de la gomme, celle-ci commence sa transformation caséuse : c'est la « phase de ramollissement ». On assiste alors au développement de la nodosité rouge et aphlegmasique, puis jaunâtre. Les vaisseaux disparaissent au sommet alors qu'il subsiste à la base un cercle vasculaire très important. Il y a en quelque sorte « liquéfaction de la tumeur qui prend l'aspect d'une pustule » : c'est la gomme de l'iris proprement dite qui peut se terminer par la résorption. Si, au contraire, le processus de ramollissement continue, le centre jaunâtre augmente puis s'ulcère. C'est alors que s'élimine la masse solide du tissu nécrosé et le contenu liquide donnant lieu à travers la cornée à l'image « u un grumeau émergeant de l'ulcère anfractueux ou d'un pseudo-hypopyon masquant rapidement l'ulcération et l'escarre qui en résulte ». C'est la phase d'ulcération de la gomme. A cette même période, il y a constamment un dépôt d'exsudat sur la face postérieure de la cornée ; l'occlusion pupillaire est complète, due au dépôt sur le cristallin de masses jaunâtres, d'aspect caséux. L'iris lui-même est profondément modifié, immobile en raison des synéchies postérieures. L'hypertension qui règne dans la chambre postérieure le refoule en avant, lui donnant la déformation « d'iris en tomate ».

Dans une quatrième période ou « phase de réparation », l'hypopyon se résorbe, et la lésion se cicatrise. La perte de substance qui en résulte aboutit à l'atrophie irienne et à la cicatrice fibreuse « processus fatal de toute syphilis tertiaire, c'est-à-dire destructive ». Lagrange signale aussi cette guérison. « Du reste, en disparaissant, la gomme irienne laisse une cicatrice comme la gomme cutanée ; à

son niveau, la trame de l'iris est toujours atrophiée. » Les synéchies postérieures sont la règle.

On voit, par la description qui précède, qu'effectivement, il ne s'agit pas d'un véritable hypopyon. On n'a pas l'aspect d'une collection liquide, purulente, en tranche d'orange, dans l'angle inférieur de la chambre antérieure. Il paraît de consistance plus solide, moins mobile, « plus glutineux, en quelque sorte bourbillonneux » (professeur Rollet). De plus, sa forme est irrégulière, mamelonnée à sa limite supérieure. Il peut ne pas être situé exactement au point déclive.

Panas a donc raison lorsqu'il déclare que la gomme s'accompagne très rarement d'hypopyon. « Les gommages, dit Lagrange, entraînent moins souvent l'hypopyon que le tubercule. » Mais ni Panas, ni Lagrange ne parlent de cet épanchement qui simule l'hypopyon et qui reconnaît, cependant, une étiologie toute différente.

c) *L'infiltration syphilitique diffuse.* — La gomme irienne, aboutissant ou non à l'ulcération est une manifestation généralement bénigne de la syphilis, à condition d'être convenablement traitée. En dehors d'elle, on peut rencontrer une forme clinique des plus sombres qui, malgré un traitement énergique, entraîne inévitablement la perte de l'œil, parfois même la mort du sujet. C'est à cette variété de la syphilis irienne que M. le Professeur Rollet a donné le nom d'infiltration syphilitique diffuse.

En fait, cette affection est rare. Millet, en 1908, n'en a trouvé que 7 cas, puisés dans la littérature ophtalmologique des deux continents. Peut-être cette rareté tient-elle à ce que l'affection était mal connue et mal observée. En effet, depuis cette date, M. le Professeur Rollet en a

observé trois nouveaux cas. Chaque fois il s'agissait de syphilis maligne, et, dans les cas mortels, l'autopsie montrait des lésions somatiques considérables. Là encore, la lésion oculaire était la manifestation la plus visible de l'affection générale, et revêtait en même temps une grande valeur au point de vue du pronostic. Trousseau a déjà dit : « L'apparition d'accidents oculaires chez les syphilitiques, en particulier l'iritis, bientôt suivie d'irido-choroïdite ou de neuro-rétinite, indique toujours une syphilis sérieuse ou grave. Plus la détermination oculaire est intense, plus la diathèse sera suivie d'accidents variés et redoutables. »

L'infiltration syphilitique diffuse débute par une iritis simple. A cette période, il se développe presque toujours des gomme, et, comme dans un cas cité par Hippel, la gomme elle-même peut envahir toutes les tuniques de l'œil. Dans la majorité des cas, l'infiltration consiste en une réaction inflammatoire assez banale par l'apport de cellules rondes, de globules blancs ou d'éléments fixes de tissu conjonctif. Cette réaction est toujours plus accusée sur le trajet des vaisseaux, voie d'apport de l'élément pathogène. On observe enfin des cas où l'infiltration précède même l'apparition des gomme ; il s'agit alors d'une syphilis à marche extrêmement rapide.

Ces lésions se traduisent cliniquement par des symptômes très accusés : la tension augmente, la vision est nulle, l'œil devient très douloureux, au point d'empêcher le malade de dormir. La cornée est tout à fait trouble ; il y a du chemosis généralisé.

Dans une période ultime on voit une saillie staphylo-mateuse se développer rapidement ; l'œil se déforme ; il est immobile, amaurotique ; il augmente de volume au point de faire hernie entre les paupières qui ne peuvent se

refermer sur lui. Les douleurs deviennent horribles et ne peuvent être atténuées par aucune médication : l'énucléation s'impose. Dans les cas les plus graves, le malade s'anémie, il ne dort plus, présente des troubles variés de toutes ses fonctions vitales. L'affection évolue vers la cachexie syphilitique et la mort.

Le traitement est impuissant ; aujourd'hui encore, les plus ardents défenseurs du traitement intensif et précoce de la syphilis dit abortif admettent que ce traitement aboutit à la suppression du tertiarisme « exception faite pour les cas hâtivement malins (Carle). » On est obligé de s'incliner devant la « syphilis qui tue ».

CHAPITRE III

L'iritis syphilitique hémorragique

L'Iritis hémorragique. — (1) L'Iritis plastique à hyphéma.
(2) L'Iritis gommeuse à hyphéma.

Broca, en 1879, donna le nom d'iritis hémorragique à tout iritis s'accompagnant d'hyphéma. « Le fait dominant dans l'observation est l'association de l'iritis avec l'hyphéma, c'est-à-dire son caractère hémorragique » (Zimmermann).

Cette hémorragie se produit dans toutes les variétés d'iritis, et, d'autre part, elle apparaît d'une façon brusque et toujours tardivement dans l'évolution de la maladie. Elle a été signalée dans l'albuminurie par Sabatier, dans un cas de zona ophtalmique par Teillais ; les traumatismes opératoires, les troubles fonctionnels des organes génitaux, troubles menstruels, ménopause ; la sénilité, l'hémophilie, certaines altérations nerveuses (Cauvin), ont été incriminés. Mais les facteurs étiologiques les plus importants sont : l'arthritisme, la goutte, le diabète, auxquels nous ajouterons, en terminant cette énumération, la syphilis. En ce qui concerne la syphilis, nous retrouvons l'hyphéma dans toutes les variétés d'iritis que nous avons précédemment passées en revue, iritis plastique, iritis gommeuse avec ou sans hypopyon, infiltration diffuse de l'œil.

L'hémorragie ne semble pas aggraver le pronostic d'une iritis ; inversement, la production d'une hémorragie ne semble pas liée à la gravité de l'affection elle-même. Teillais a pu dire « l'iritis hémorragique ne saurait avoir d'individualité à côté des espèces d'iritis reconnues jusqu'à ce jour ».

Cette constatation ne doit diminuer en rien l'importance du phénomène. Dans la syphilis en particulier, l'hyphéma offre un intérêt de premier ordre, du fait même de son assez grande fréquence, et aussi parce que son étude a été, jusqu'à présent, à peine ébauchée. En effet, des nombreux auteurs qui le signalent : Hutchinson, Keyser, Klein, Reche, Vossius, Broca, Panas, Zimmermann, Truck, etc., aucun ne donne à la syphilis son importance étiologique véritable. Pichat, en 1896, rapporte 17 observations d'iritis hémorragique ; sur ce nombre on trouve seulement 2 cas d'iritis syphilitique plastique, aucun cas d'iritis gommeuse. D'autre part, ces auteurs signale l'hyphéma, mais sans s'y arrêter ni le décrire.

Il paraît cependant établi aujourd'hui que l'hémorragie est une complication relativement fréquente de l'iritis syphilitique. Nous en demanderons l'explication à l'anatomie pathologique.

On sait depuis longtemps que la syphilis produit fréquemment des artérites de diverses formes, avec une prédilection marquée pour les vaisseaux de petit calibre. L'iritis plastique nous en fournira la forme la plus simple : les parois des vaisseaux de l'iris ou du corps ciliaire sont altérés ; il en résulte des ruptures ou des perforations, et la chambre antérieure est inondée de sang.

En ce qui concerne la gomme, nous emprunterons au professeur Renaut la description suivante : « Chaque tissu fait sa gomme comme il peut, parce que celle-ci n'est qu'une édification réactionnelle à l'encontre de l'action pathogène qui, à un certain stade, fait une endartérite d'une allure spéciale, lentement oblitérante, tendant de ce chef à favoriser d'abord autour d'elle la production de tissus

de remplissage.... Plus tard, on verra des syphilides ulcéreuses, voire gangréneuses. Si on suit l'anatomie pathologique de ces ulcérations, on reconnaît que chacune d'elles a été suscitée par l'endovascularite oblitérante.... Une artère, au centre du tubercule syphilitique et commandant le tout devient lentement le siège d'une endartérite subaigüe, progressivement aussi oblitérante. »

Done, la gomme, simple réaction vasculaire au début, produira par la suite l'infiltration leucocytaire, la néoformation des cellules fixes du tissu conjonctif et aboutira à l'ischémie, et à la caséification de la tumeur consécutive à l'atrophie des vaisseaux oblitérés.

Mais le processus d'endartérite peut se continuer autour de la lésion vasculaire initiale, et donner lieu, non pas dans les tissus fortement organisés comme la peau, mais dans les tissus à trame conjonctive très lâche, comme le poumon, comme l'iritis, soit à de la stase sanguine, soit à des ulcérations, des ruptures capillaires ou vasculaires, et l'hémorragie se produira.

L'hémorragie dans la syphilis tertiaire semble donc être provoquée par une réaction vasculaire se produisant en dehors de la lésion originelle, mais provoquée directement par cette même lésion.

L'observation VII nous montre un cas de syphilis gommeuse du poumon avec hémoptysies répétées. C'est un processus analogue qui se rencontre dans le cas de la gomme irienne. En effet, examiné au microscope cornéen ou simplement à la loupe, un iris atteint d'une localisation tertiaire apparaît constamment tuméfié, rougeâtre, extrêmement vascularisé tout autour des nodules.

Dans les formes simples, les troubles vasculaires s'en tiennent à ce stade et disparaissent en même temps que la tumeur. Dans les formes un peu plus graves on observe

des « hémorragies ponctuées », des « traînées hémorragiques » de l'iris correspondant aux ruptures des capillaires. A un degré de plus, l'hyphéma se produit.

Dans ce dernier cas, l'hémorragie reconnaît plusieurs origines : si elle vient de l'iris on aura une inondation de la chambre antérieure. Selon Alexander, l'hyphéma traduit la participation du corps ciliaire au processus inflammatoire. Là encore, on observe l'hyphéma-type, en croissant de lune, changeant de niveau avec le changement de position du malade. Mais dans certaines observations, le sang semble « plaqué contre la face postérieure de la cornée », ou bien infiltré dans les couches inférieures de cette membrane. Le sang provient alors de la membrane de Descemet : c'est la Descémétite hémorragique.

Enfin dans les infiltrations diffuses, les hémorragies lorsqu'elles se produisent, sont en général plus abondantes ; elles peuvent siéger dans la chambre antérieure, dans le vitré, ou entre les différentes tuniques de l'œil. Dans ce dernier cas, en effet, le processus d'artérite affecte lui-même une marche rapide, et ceci correspond avec le fait nettement observé par M. le Professeur Rollet (Obs. IV in extenso), d'après lequel l'infiltration suit le trajet des vaisseaux.

De la description qui précède, on peut tirer les conclusions suivantes : l'hyphéma est primitif lorsqu'il tire son origine de l'iris (ce cas se rencontre principalement dans les iritis plastiques) ; il est secondaire lorsque l'inflammation se généralise au tractus uvéal ou à l'œil lui-même. Quoi qu'il en soit, une notion essentielle reste acquise, c'est la relation de causalité directe entre l'iritis syphilitique et l'hémorragie de la chambre antérieure.

Peut-on en déduire la pathogénie de l'hyphéma ? Conheim avait déjà formulé cette loi générale : « L'effusion

des liquides prend le caractère hémorragique lorsque les parois des capillaires sont fortement modifiées par l'inflammation. Leur circulation en est considérablement entravée comme c'est le cas dans les inflammations violentes. »

Zimmermann a voulu appliquer cette loi à l'iritis et a voulu en faire un signe de la gravité de l'affection. Nous reviendrons ultérieurement sur cette question, mais nous pouvons dire dès à présent qu'en ce qui concerne la syphilis, son observation clinique ne semble pas permettre cette conclusion.

I. L'iritis plastique à hyphéma. — Nous rapportons ci-dessous trois observations de cette variété d'iritis. Elles nous fournissent une première preuve de ce fait que, dans certaines formes cliniques bénignes, l'hémorragie apparaît vraiment comme le symptôme capital. Elle ne semble nullement liée à la gravité de l'affection, mais paraît traduire un processus particulier d'artérite.

Nous signalerons à ce sujet que ce n'est pas seulement la syphilis acquise qui exerce son action sur les vaisseaux, mais aussi la syphilis héréditaire. Chiari a cité un cas de lésion des artères cérébrales chez un enfant de 15 mois atteint de syphilis congénitale. Parallèlement, Guttman, en 1890, a observé un hyphéma typique chez deux enfants de 6 mois également hérédo-syphilitiques.

Observation I. (Clinique ophtalmologique
de M. le Professeur ROLLET ¹⁾).

Iritis syphilitique plastique avec hyphéma.

Malade venue, il y a 10 jours à la consultation pour une affection oculaire datant d'un mois et demi. L'œil droit est le premier atteint, puis le gauche quelques jours après.

1) Communication de MM. Rollet et Grandclément à la Société d'Ophtalmologie de Lyon (Février 1910).

On constate : à droite : Iritis légère avec quelques adhérences peu solides, cédant facilement à l'atropine.

A gauche : œil très rouge, avec cercle périkeratique très marqué, douleurs ciliaires vives, vision nulle. Mais le fait le plus frappant, c'est la présence d'un *exsudat hémorragique occupant toute la moitié du segment antérieur de l'œil*. Il est difficile de dire d'une façon très précise si le sang siège dans la chambre antérieure ou dans les lames de la cornée. Cette dernière hypothèse est la plus plausible, car le sang ne se déplace pas quand on incline latéralement la tête de la malade. Cette hémorragie revêt cependant nettement le type de l'hyphéma, c'est-à-dire la forme d'un croissant à convexité inférieure et occupant environ le tiers inférieur de la cornée. L'iris se dilate mal à l'atropine. En outre, macules spécifiques sur le front, le cou ; plaques muqueuses très nettes.

Traitement par injections de calomel. L'hyphéma se transforme peu à peu en un magma jaune-verdâtre occupant presque entièrement la chambre antérieure. En un mois, cet exsudat disparaît, et la chambre antérieure redevient normale, mais l'iris est adhérent, la pupille est obstruée en partie par un exsudat grisâtre. Le fond est inéclairable. La malade compte les doigts à 25 centimètres.

Observation II. (RECHE 1892 ¹⁾).

Iritis hémorragique dû à la syphilis.

J. E..., tailleur, 25 ans, ancien syphilitique ; souffre depuis deux ans de rhumatismes articulaires. Dans les dernières années, il a souffert deux fois d'iritis grave.

Le 21 février 1888, légère iritis, rapide. Dilatation pupillaire complète sous l'influence de l'atropine.

26 février : le malade cesse tout traitement à cause de l'amélioration.

28 février : Il revient avec de violentes douleurs frontales, injection péricornéenne, iritis légèrement coloré, humeur aqueuse limpide.

2 mars : du sang pur, sans mélange d'autre exsudat, remplit plus de la moitié de la chambre antérieure.

Traitement : atropine, calomel à l'intérieur, et bandeau. La guérison évolue rapidement, et le malade est laissé le 15 mars, guéri.

1) Loc. cit.

Observation III. (TEILLAIS 1893¹).

Iritis hémorragique d'origine syphilitique.

Le nommé B..., plâtrier, âgé de 55 ans, est un syphilitique et un alcoolique. Les artères superficielles, dures et sinueuses, présentent les signes certains de l'athérome. Il porte sur le front des taches de teinte cuivrée dont la spécificité n'est pas douteuse.

Son affection datait de 3 semaines environ, lorsqu'il vint à la clinique, le 2 septembre 1893. L'œil droit, qui est seul atteint, présente tous les caractères de l'iritis : une injection perikeratique intense, un trouble profond de la chambre antérieure, et une exsudation qui envahit tout le pourtour du bord pupillaire.

Le diaphragme est absolument immobile, et la vision réduite à une simple perception lumineuse. La douleur est modérée.

Le 14 septembre, alors que les symptômes étaient en décroissance, le malade fut pris d'une céphalalgie intense pendant la nuit, et il présente le lendemain une hémorragie abondante de la chambre antérieure, dont le niveau dépassait le bord pupillaire.

Le 18 septembre, c'est-à-dire 4 jours après, la résorption était presque absolue, lorsque le flot sanguin fit irruption une nouvelle fois, mais sans provoquer de douleur exagérée ni exacerbation dans les autres symptômes.

Le sang mit 8 jours à disparaître. Après une absence d'une semaine, le malade revint, présentant une seconde récive.

C'est ainsi que, dans un délai restreint, trois hémorragies se succédèrent. Le 4 novembre, après 2 mois et demi de durée environ, l'affection est terminée. Les produits d'exsudation, assez nombreux d'abord, ont disparu, et toutes les synéchies ont été déchirées, sauf en bas, dans un département très limité. Enfin, l'œil a repris son aspect normal, et la vision est bonne.

II. *L'iritis gommeuse à hyphéma.* — Dans les observations qui vont suivre on trouvera les différents degrés de gravité de l'iritis gommeuse, et aussi les différentes variétés de l'hémorragie de la chambre antérieure. Certains

1° Loc. cit.

de ces cas sont moins nets en raison de la diversité ou de l'étendue des lésions. Il ne faut pas oublier en effet que, souvent, la syphilis gommeuse de l'œil est le signe d'un tertiariisme précoce, à évolution rapide et à pronostic sombre.

Les 5 observations que nous donnons ci-dessous ont été relevées parmi 27 cas d'iritis gommeuse. La conclusion qui s'impose est que, comme pour l'iritis plastique, l'hémorragie de la chambre antérieure ne semble nullement liée à la gravité de la détermination oculaire.

Observation IV (Résumée). (Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET ¹).

Infiltration gommeuse irienne, avec hémorragie de la chambre antérieure des deux yeux. — Gommès syphilitiques multiples (poumon, foie, rein).

A. J., 35 ans, a contracté la syphilis en juin 1905, à Moscou, avec une chanteuse sibérienne.

Cinq mois après, atteinte d'iritis à l'œil gauche pour laquelle il consulta à Moscou ; il suivit plusieurs traitements sans résultat. Son œil droit devint rouge à son tour. Désenchanté, il rentre en France et est admis à la clinique de M. le professeur Rollet, le 4 avril 1906.

A cette date : vives douleurs temporo-frontales gauches l'empêchant de dormir ; baisse considérable de l'acuité visuelle du côté gauche ; les mêmes symptômes, à peine ébauchés, existent à droite.

Œil gauche : Injection conjonctivale intense chemosis cercle perikeratique. Descemetite. Dans la chambre antérieure, il existe un liquide louche. Iris décoloré, semé de petites hémorragies irrégulières. T peu élevée. Fond d'œil inéclairable. V. = 0. On songe à une iritis gommeuse diffuse.

Œil droit : Mêmes symptômes, moins accusés. V. 1/3.

Traitement : collyre à l'atropine.

Dès le lendemain, le malade se plaint de douleurs très vives. On constate alors, dans la chambre antérieure du côté gauche, un hyphéma, ou plutôt, on voit du sang plaqué contre la face

Publiée par Millet (Thèse Lyon 1907).

postérieure de la cornée ; ce sang affecte la forme d'un croissant de lune, mais à convexité dirigée en haut.

Collyre à l'ésérine. Ventouse de Heurteloup. Traitement antisyphilitique (iodure de potassium, 3 gr. Friction d'onguent napolitain, 4 gr).

13 avril : Le sang de la chambre antérieure, disparu depuis le 9 avril, revient à nouveau. Trainées hémorragiques sur l'iris. L'œil est de plus en plus chémotique : les deux paupières, en se fermant, enserrant un bourrelet de chémosis.

21 avril : Le sang a disparu mais on aperçoit, se dessinant sous le chémosis, une saillie staphylomateuse, en dehors et en bas. Le globe oculaire est repoussé en haut. On porte à ce moment le diagnostic de gomme du corps ciliaire, et on institue un traitement intensif : Iodure, 10 gr., plus 3 cg de bromure de mercure en solution aqueuse de Lafay.

2 mai : On a été obligé d'arrêter les injections de biiodure, le malade a de la stomatite mercurielle. On continue l'iodure. L'œil gauche est de plus en plus rouge, le chémosis augmente ; l'œil semble sortir de l'orbite. L'œil droit a maintenant l'aspect de l'œil gauche à la date du 5 avril. A son tour, il présente de l'hyphéma : le sang est plaqué contre la membrane de Descemet.

7 mai : Enucléation de l'œil gauche.

9 mai : Plaie opératoire guérie. A droite, saillie staphylomateuse en haut et à droite, correspondant à une gomme probable de la région équatoriale de la choroïde. Depuis le 23 avril, le malade a pris pro die, 15 gr. d'iodure de potassium. On recommence les frictions mercurielles, la stomatite ayant disparu.

L'état du malade s'aggrave progressivement.

En août 1905, il entre dans le service de M. le professeur Roque ; il présente des hémoptysies répétées et offre le tableau clinique de la tuberculose pulmonaire. Après examen prolongé, le diagnostic est porté de syphilis du poumon. Il meurt le 14 septembre 1905, avec des hémoptysies assez abondantes.

Il présentait des gommès très nombreuses du poumon, du foie, du rein et du diaphragme.

L'examen microscopique de l'œil ne permet pas de trouver trace des hémorragies, la chambre antérieure étant à peine reconnaissable dans la masse d'infiltration et d'exsudation

fibrineuse. L'infiltration est très marquée sur le trajet des vaisseaux.

Les gommès du poumon, du foie et du rein présentent le même processus d'infiltration massive de cellules embryonnaires, avec, par endroits, dégénérescence de la masse ainsi formée par oblitération vasculaire ; recherche négative du *treponema pallidum*.

Cette observation nous donne une description typique d'une infiltration gommeuse de l'œil, à forme hémorragique, à point de départ irien : à l'œil gauche, l'hyphéma se produit tardivement, soit 5 mois après la première poussée d'iritis ; disparue au bout de 4 jours, il récidive 4 jours après. La gomme est postérieure à l'hémorragie. L'œil droit subit la même évolution clinique à un mois d'intervalle : hyphéma, puis gomme ciliaire. Le sang inonde la chambre antérieure, mais semble principalement plaqué contre la membrane de Descemet et ce fait traduit déjà la généralisation à cette membrane du processus inflammatoire qui provoque l'hémorragie.

Il est remarquable, en outre, que le malade ait présenté par la suite une syphilis pulmonaire qui, par ses hémoptysies répétées, ait pu en imposer pour une tuberculose ouverte. Jusqu'à la mort du malade on assiste à l'évolution d'une véritable « syphilis hémorragique généralisée ».

Enfin cette observation n'est-elle pas une vérification de la loi générale suivant laquelle les localisations oculaires sont souvent les premiers signes d'une infection ou d'une intoxication générale, et que leur évolution, ainsi que l'a déjà fait remarquer Trousseau, nous renseigne sur l'évolution ultérieure de l'infection elle-même ?

Observation V. (DESPAGNET 1898¹⁾).

Gomme irienne à pseudo-hypopyon avec léger hyphéma.

Homme de 51 ans ; à l'œil gauche, on constate une iritis violente avec une grosse gomme vascularisée sur le bord

1) Loc. cit.

externe de la pupille. Malgré le traitement (sirop de Gibert, injections sous-cutanées de 1 cg de cyanure de mercure par jour), la situation s'aggrave, et de nouvelles formations gommeuses apparaissent au pourtour de la pupille. Cornée infiltrée d'exsudats blanchâtres, punctiformes, ou du volume de 2 à 3 têtes d'épingle, qui envahissent rapidement toute cette membrane. Léger hypopyon. Petit amas de sang dans les couches inférieures de la cornée. Cet état persiste malgré le traitement. Le malade déclare avoir eu, il y a 23 ans, un chancre qui aurait été diagnostiqué syphilitique. Il serait exceptionnel de voir évoluer un accident d'une telle gravité 23 ans après l'infection. Mais le malade a eu un nouveau chancre, il y a 5 mois, suivi, 2 mois après, d'une éruption de tout le corps dont on trouve encore des traces, et après laquelle s'est développée l'iritis. L'accident actuel est bien dû à la dernière infection et sa gravité peut probablement s'expliquer par l'âge du sujet.

Le fait intéressant à noter dans cette observation est la coexistence d'un hypopyon et d'un léger hyphéma. Le sang, infiltré dans les couches inférieures de la cornée, provient de la membrane de Descemet.

Observation VI. (LAWSON 1869 ¹).

Panophthalmie syphilitique. - Hémorragie tardive.

Le 7 juillet 1868, M. Lawson enlève l'œil droit d'un malade âgé de 35 ans, qui, ayant contracté la syphilis il y a un an, avait été atteint d'iritis syphilitique pour laquelle il avait été traité à Dublin par sir W. Willde, par l'iodure de potassium et le mercure. Depuis ce temps, il se considérait comme guéri, mais, en janvier, son œil droit est atteint de nouveau, et, comme il se trouvait alors à Londres, il s'adressa à sir Bowmann, qui l'envoya à l'hôpital.

Lorsqu'il se présenta, il avait un épanchement considérable de lymphes plastiques dans la chambre antérieure, et derrière l'iris, la perception de la lumière existait seule ; l'organe était le siège d'une douleur constante, et depuis quelques jours, il avait beaucoup augmenté de volume. Une semaine plus tard, lorsque le malade revint pour la seconde fois, il éprouvait une douleur aiguë, il y avait un chemosis extrême, et toute le cor-

1) Loc. cit.

née était opaque et ramollie. L'œil avait tellement augmenté de volume qu'il faisait saillie entre les paupières.

On éprouva quelque difficulté dans l'excision, parce que tous les tissus de l'orbite étaient confondus ensemble et que le contenu de l'œil s'échappa. Ce contenu avait la forme d'une masse de lymphé jaune, gélatineuse et solide, dans le centre de laquelle existait quelque substance plus molle ayant toutes les apparences du pus mal formé. La rétine et la choroïde étaient épaisses et séparées l'une de l'autre par un liquide puriforme épais. Autour des procès ciliaires, il existait une hémorragie récente.

Ce cas d'infiltration diffuse de l'œil consécutive à une iritis, est une manifestation tertiaire précoce. Si nous n'observons pas l'hyphéma classique, nous n'en trouvons pas moins une hémorragie récente autour des procès ciliaires. Nous rappelons à ce propos qu'Alexander attribuait l'hémorragie de la chambre antérieure au fait que le corps ciliaire participait à l'inflammation. On conçoit qu'une hémorragie tardive, dans un œil déjà complètement déformé par l'inflammation et l'infiltration, ne puisse donner le tableau classique de l'hyphéma.

Observation VII. (BRIXA 1899 ¹).

Infiltration gommeuse irienne avec hémorragie abondante.

K. H., 48 ans. Chlorose dans sa jeunesse ; bonne santé habituelle. En septembre 1896, iritis méconnue quant à sa nature ; le traitement est institué seulement en octobre. En fin décembre, la vision de l'œil gauche est nulle, mais, après traitement, guérison presque complète. En janvier 1897, la malade remarque qu'à son œil droit se développe, vers la profondeur partant de la cornée, une tache rougeâtre qui grossit de plus en plus. Au milieu de février, tout l'œil droit rougit : inflammation de la cornée, de la conjonctive. O. D. V. = O. En même temps, perte de la vue à nouveau de l'œil gauche.

Elle revient à la clinique le 17 mars 1897.

1) Loc. cit.

O. D. : Conjonctivite palpébrale. Le bord médial de la cornée est entourée d'une élévation de la sclérotique en forme de rein, la conjonctive qui la recouvre est rouge, non déplacée. Tuméfaction de 15 m/m sur 8. Tumeur dure. A 1/2 cm du bord supérieur de la cornée, large surélévation de consistance dure, qui se déplace avec des mouvements imprimés à la conjonctive bulbaire. Descémétite. Chambre antérieure peu profonde dans sa partie moyenne, normale dans le reste. Iris décoloré, semé d'hémorragies. Synéchies postérieures. A l'éclairage latéral, on voit, derrière l'iris, repoussé en avant, une masse grise sur laquelle passent quelques tubérosités jaune rouge. Il s'agit d'une tumeur recouverte en partie par un exsudat. A l'éclairage, la tumeur paraît s'étendre jusqu'au voisinage du corps ciliaire et correspond d'après sa situation à la tumeur de la sclérotique. Corps vitré normal. Fond normal. T. normale. A. V. = 1/10.

O. G. : Corps flottants du vitré. Fond de l'œil trouble ; on y trouve de nombreux foyers blancs, petits et gros, très mal limités et séparés par des lignes rouges. L'œil est amaurotique. T. normale.

Du 8 avril au 5 août, l'affection a passé par des alternatives d'amélioration et de rechutes. L'observation des yeux, complètement déformés, est sans grande valeur. Malgré le traitement intensif, la malade meurt dans le marasme.

Examen microscopique. — O. D. : Les vaisseaux scléroticaux sont entourés de cellules. Endartérite oblitérante. Infiltration de l'iris par des cellules rondes. Nombreuses hémorragies punctiformes.

Le corps ciliaire montre les mêmes modifications que l'iris. La choroïde est le siège d'une infiltration étendue, en forme de foyers. Exsudat fibrineux séparant la rétine de la choroïde. La couche granuleuse est œdématiée et présente des trouées. Infiltration un peu nécrosante et exsudats hémorragiques dans les diverses couches rétinienne. Les cellules ganglionnaires sont disparues en plusieurs points. La papille est semée de petits orifices. Foyer circonscrit dans la papille, près de la choroïde.

O. G. : Comme à droite, infiltration cellulaire, surtout marquée autour des vaisseaux.

Mêmes lésions de la sclérotique de l'iris, du corps ciliaire, la choroïde est semée de nodosités de toutes tailles, elle est très augmentée de volume.

La rétine est remplacée depuis la papille jusqu'à l'ora serrata par une masse de **fibrine** et de **cellules rondes**, de grumeaux homogènes et de caillots sanguins. Dans la région équatoriale, la rétine acquiert subitement une largeur qui est le double de sa largeur normale ; de même que plus loin, en arrière, elle est nécrosée et envahie par une infiltration très marquée. Œdème rétinien à l'ora serrata. La portion ciliaire et irienne de la rétine ne présente pas de modifications. Ceci s'applique à la partie nasale de la rétine. Mêmes phénomènes du côté temporal. Le corps vitré présente une infiltration très marquée : néoformation de tissu conjonctif avec vaisseaux et hémorragies. ».

Chez cette malade, les lésions les plus importantes siègent dans le segment postérieur de l'œil ; toutefois, le point de départ de l'affection a été l'iris. Nous ne saurions attacher trop d'importance à la constatation de ces hémorragies qui se produisent dans toutes les tuniques de l'œil, et on peut regretter qu'elles n'aient pas été décrites avec plus de détails. Là encore, la malade a succombé. Tant il est vrai que la « syphilis qui aveugle » se confond souvent avec la « syphilis qui tue » !

CHAPITRE IV

Un cas récent d'iritis gommeuse à forme hémorragique

Observation VIII (Inédite).

(Clinique de M. le Professeur ROLLET).

Iritis chronique bilatérale ; poussée d'iritis aigüe à droite avec gomme syphilitique irienne circonscrite et hémorragie profuse de la chambre antérieure. — Syphilide pigmentaire du cou.

C. M., journalière, 34 ans, entre à la clinique ophtalmologique de M. le professeur Rollet, le 7 avril 1921, pour une poussée aigüe d'iritis à l'œil droit, chronique à l'œil gauche.

Père et mère bien portants ; 7 frères et sœurs en bonne santé.

Comme antécédents personnels, la malade a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans. Mariée à 21 ans ; son mari est bien portant. Elle a eu 4 grossesses.

La première s'est terminée par l'accouchement d'un enfant mort-né.

La 2^e s'est terminée par une fausse couche de 3 mois.

La 3^e lui a donné un enfant vivant, actuellement âgé de 6 ans, et en bonne santé.

La 4^e a donné lieu à une nouvelle fausse couche de 3 mois et fut suivie de salpingite et de métrite.

La malade n'aurait jamais présenté d'accidents syphilitiques nets : accident primitif inconnu. Elle accuse cependant des éruptions d'éléments papuleux, sur le corps, mais en nombre limité ; de plus, maux de gorge fréquents et céphalées.

En tous cas, la syphilis fut ignorée et ne fut jamais soignée.

L'affection oculaire aurait débuté uniquement à l'œil droit, en avril 1918. Cet œil fut atteint d'iritis chronique avec poussées subaigües, œil rouge. Baisse de la vision. Pas de céphalées violentes.

Pendant 2 ans, la malade ne se soigne pas et ne consulte aucun médecin.

En février 1920, elle se présente à la clinique de M. le professeur Rollet. Traitement : collyre à l'atropine,

En avril 1920, elle fait un séjour à la clinique. On constate des lésions d'iritis chronique de l'œil droit avec séclusion pupillaire et vision très diminuée : V. = 1/200°. L'œil gauche est peu atteint.

20 avril. — On pratique à l'œil droit une iridectomie optique. La pupille est très adhérente ; l'iris se déchire sous la pince. L'iridectomie est localisée à la périphérie de la membrane, à 12 heures. Il reste un petit pont irien central.

30 avril. — La malade quitte la clinique. O. D. V. = 1/100°.

En janvier 1921, après un soi-disant traumatisme (éclat de verre sur la cornée, qui aurait été extrait), l'œil gauche qui jusqu'à ce jour était indemne, aurait présenté des phénomènes inflammatoires : rougeur, diminution de l'acuité visuelle, céphalée periorbitaire ; en somme, attaque typique d'iritis aiguë. La malade est soignée au Dispensaire (2 injections de novarsénobenzol, mal supportées, et sirop de Gibert pendant une semaine seulement)

15 février 1921. — Nouvelle attaque d'iritis sur l'œil droit. Cette attaque est marquée par une acuité considérable de tous les symptômes : rougeurs, hyperémie ciliaire et conjonctivale, diminution de la vision, et surtout céphalées nocturnes épouvantables provoquant l'insomnie.

7 avril 1921. — La malade rentre de nouveau à la clinique, ne pouvant se conduire seule. Toute la vision est diminuée ; symptômes douloureux suraigus, provoquant un état d'agitation extrême.

Œil droit : Photophobie et blépharospasme en raison des violentes douleurs. Œil hyperémié, violacé. Le cercle perikératique a envahi toute la conjonctive bulbaire, et même les culs de sac.

La cornée est indemne ; la chambre antérieure est diminuée de profondeur.

L'iris présente les lésions suivantes : séclusion ancienne du bord pupillaire. Parenchyme boursoufflé, œdémateux, décoloré, sillonné d'hémorragies multiples, visibles à l'œil nu.

A III h., à V et à X h., sur le bord pupillaire, présence d'éléments gommeux blanc-jaunâtres, du volume d'une grosse tête d'épingle. Celui situé à III h. est le plus volumineux et atteint la dimension d'un petit pois.

A XII h., près du limbe : colobome ancien opératoire, qui n'atteint pas le bord pupillaire,

Pupille totalement immobile, en état de séclusion complète, encombrée de dépôts d'uvée et de tractus blanchâtres.

Le fond d'œil est inéclairable.

L'examen de la tension, par la palpation digitale, est très difficile. Dès qu'on touche le globe, la malade crie et se recule ; malgré la contraction des orbiculaires, l'œil est mou.

O. D. V. = Q. ; très mauvaises projections.

Œil gauche. Lésions d'iritis chronique ancienne.

La cornée est indemne, sans aucune trace (taie ou leucome) d'un récent traumatisme.

Léger cercle périkeratique. Chambre antérieure diminuée de profondeur.

Iris d'un beau bleu, ne présente au microscope cornéen aucune trace inflammatoire récente.

Le bord pupillaire présente à IX h. une petite nodosité blanchâtre qui est cependant moins caractérisée que celle du côté droit.

La pupille est totalement immobile en raison d'une séclusion complète de son bord. Sur la cristalloïde antérieure, de nombreux dépôts blanchâtres et pigmentaires rendent l'éclairage du fond impossible.

A la palpation du globe, T. = 1. Pas de douleur. O. G. V. = 1/200.

Symptômes concomitants : *Syphilide pigmentaire du cou*, alopecie temporale. Wassermann positif.

Traitement : 2 jours après son entrée, on institue un traitement ioduré intensif. 4, puis 6 et 9 gr. d'iodure de potassium par jour.

Localement : Adrénaline, compresses chaudes, sangsues à la tempe ; puis atropine et dionine.

Suites cliniques : Le 12 avril, les violentes douleurs se sont calmées sous l'influence du traitement. Il se produit une véritable *inondation hémorragique de la chambre antérieure* qui, au bout de 2 jours, se dépose en hyphéma.

Le 18 avril. — Œil droit : les douleurs ont complètement cessé ; l'hyphéma est en voie de résorption ; l'iris est vert ; il présente encore sur son bord ses 4 petites gommès en voie de résorption. L'œil reste mou et hypotendu. La malade voit la lumière.

O. D. V. = Q. La malade voit la lumière en vert.

Œil gauche : Disparition du nodule du bord irien. Mêmes symptômes par ailleurs. O. G. V. = 1/200°.

En somme, amélioration nette des symptômes aigus. La poussée gommeuse et hémorragique sur l'iris droit est en voie de résolution complète.

Le 28 avril : Disparition absolue de toute gomme, pas de sang, aucune douleur.

Le 2 juin, la malade quitte le service, complètement guérie. O. D. V. = Q. Elle ne voit plus la lumière en vert. O. D. V. = $1/20^{\circ}$.

La malade est revenue se faire examiner à la clinique, le 10 juin. O. D. V. = compte les doigts à 25 cm.

O. G. V. = $1/8^{\circ}$.

Cette observation résume, en quelque sorte, l'histoire même de l'iritis syphilitique ; on y retrouve, en effet, tous les faits intéressants que nous avons eu l'occasion de mettre précédemment en relief : transformation d'une iritis plastique chronique en iritis gommeuse à tendance destructive et généralisante ; gommes siégeant sur le bord pupillaire, la plus grosse atteignant le volume d'un petit pois ; coexistence de lésions somatiques de nature secondaire (alopécie temporale, syphilides pigmentaires) et des lésions iriennes de nature tertiaire ; apparition tardive de l'hyphéma alors que, sous l'influence d'un traitement intensif, les phénomènes aigus commençaient à s'amender ; origine irienne de l'hémorragie, qui avant d'inonder la chambre antérieure se décelait par de petites ruptures vasculaires dans le tissu irien même ; enfin, résorption rapide de l'hyphéma, et efficacité absolue d'un traitement médical. Il n'est pas jusqu'au résultat visuel qui ne revête par lui-même une grande valeur démonstrative, puisque à l'œil gauche, la vision de $1/200^{\circ}$ au début, était finalement de $1/8^{\circ}$; à l'œil droit, le résultat était moins bon, en raison des abondants dépôts sur le cristallin. Toutefois, alors que la vision était nulle pendant la période aiguë, la malade, deux mois plus tard, pouvait compter les doigts à 25 cm.

Après avoir étudié les quelques observations qui précèdent, une question se pose impérieusement : quelle est la pathogénie exacte de l'hyphéma ?

Nous avons vu Caron du Villars affirmer, il y a près de cent ans, à propos de l'iritis : « Dans une violente inflammation, il peut y avoir hémorragie ; le sang se mélange alors avec les différentes matières épanchées ». Nous avons reproduit, d'autre part, la loi de Conheim : « L'effusion des liquides prend le caractère hémorragique, lorsque les parois des capillaires sont fortement modifiés par l'inflammation. Leur circulation en est considérablement entravée, comme c'est le cas dans les inflammations violentes ». Et nous avons vu que Zimmermann, se basant sur cette loi, faisait de l'hyphéma un signe de gravité de l'iritis, et de l'affection générale.

Cette pathogénie est peut-être applicable à l'iritis en général. De même, en effet, que l'hématémèse, par exemple, est un signe de gravité du cancer de l'estomac; l'hémorragie intestinale un signe de gravité de la fièvre typhoïde ou de la dysenterie amibienne ; de même que l'hémorragie cérébrale correspond aux lésions ultimes de l'artério-sclérose ou de l'hypertension brightique, de même il est permis de considérer l'hyphéma comme un symptôme d'aggravation d'une diathèse telle que le diabète, la goutte ou l'arthritisme.

Mais la syphilis, maladie infectieuse aux manifestations chroniques infiniment variées, et dont le domaine est sans doute loin d'être complètement exploré, semble échapper à cette loi.

D'une part, nous voyons l'hyphéma dans des iritis plastiques à évolution absolument bénigne et qui laissent des résultats visuels excellents, alors que d'autres iritis de la période secondaire passent, malgré un traitement ap-

proprié, à l'état chronique ou à l'état aigu, sans présenter d'hémorragies.

D'autre part, si l'on passe en revue les observations d'iritis gommeuse publiées depuis une trentaine d'années, la même constatation s'impose. Sans doute, on n'observe l'hémorragie qu'au delà d'un certain « seuil de gravité », mais on voit telle infiltration diffuse présenter une évolution de syphilis tertiaire précoce à marche foudroyante, entraînant la perte de l'organe, et ne donner lieu à aucune hémorragie, alors que telle autre iritis, et, en particulier, celle de la dernière observation, après avoir passé par une phase aigüe, présentera une inondation de la chambre antérieure, alors qu'on constatait déjà une légère amélioration.

Et cette dernière constatation, sans laquelle notre démonstration serait incomplète, est peut-être le fait capital de l'histoire de l'iritis syphilitique hémorragique ; dans tous les cas, sans exception, l'hémorragie est apparue tardivement, abondamment parfois ou avec récidives, et souvent en pleine période régressive de la maladie. L'hypothèse est séduisante d'un processus évoluant en quelque sorte indépendamment de l'affection elle-même.

Sans vouloir nous aventurer dans d'imprudentes généralisations, ni sortir du cadre de notre sujet, nous rappellerons l'histoire de ce malade relatée dans l'observation IV : iritis gommeuse avec infiltration diffuse et à forme hémorragique des deux yeux ; généralisation du processus gommeux au poumon, au foie, au rein, au diaphragme. Des hémoptysies apparaissent, sans qu'il y ait de tuberculose, et, finalement, emportent le malade. Et nous avons dit à ce propos : on a assisté à l'évolution d'une véritable « syphilis hémorragique généralisée ».

Nous reprendrons le même terme pour en faire la conclusion de ce chapitre : On peut, comme l'a soutenu Teillais, refuser une individualité clinique à l'iritis hémorragique en général, considérer l'hyphéma comme complication bénigne, ou phénomène surajouté à une affection pré-existante, mais on est en droit de faire une réserve sérieuse en ce qui concerne la syphilis : de même qu'il y a une syphilis nerveuse, une syphilis viscérale, de même, l'action du tréponème sur les vaisseaux ne peut-elle donner lieu à une « syphilis hémorragique ? » S'il est vrai que nous puissions poser le problème, il ne nous est malheureusement pas donné de pouvoir le résoudre.

CHAPITRE V

Diagnostic

Nous traiterons, dans ce chapitre de l'iritis syphilitique en général. L'hémorragie, nous l'avons déjà dit, se rencontre dans toutes les formes cliniques de cette affection, et son apparition ne peut pas entraver ni aider le diagnostic d'une façon sensible.

L'iritis plastique syphilitique se reconnaîtra facilement à l'interrogatoire et l'examen général du malade. Localement, rien ne permet de la différencier des autres iritis.

En ce qui concerne l'iritis gommeuse, nous sommes en présence de deux causes principales d'erreur : il existe de nombreuses tumeurs iriennes qui s'accompagnent des signes d'iritis, et, d'autre part, il existe d'autres iritis qui présentent des nodules. L'iritis parenchymateuse, par exemple, peut s'accompagner de petites tumeurs appelées granulomes et qui ne sont que des exsudats développés dans l'épaisseur de l'iris.

Le diagnostic est d'abord basé sur l'étiologie. Mais la notion causale est quelquefois difficile à trouver. Certains malades n'avouent pas volontiers leur syphilis ; d'autre part, nous avons vu que l'iritis pouvait être due à une syphilis héréditaire, ignorée du malade lui-même.

On se basera ensuite sur la marche même de la maladie : « Apparition sans phénomènes inflammatoires étendus, inflammation partielle de l'iris, régression avec des signes de dégénérescence caséuse ou de transformation purulente, concomitante d'autres néoformations gommeuses sur le corps », tels sont les signes qu'Alexander invoque pour le diagnostic. L'observation des quatre stades : de crudité, de ramollissement, de régression ou d'ulcération, de ré-

paration, est d'une grande valeur diagnostique. Ces caractères peuvent être considérés comme pathognomoniques de cette affection.

Mais, en présence d'un point jaunâtre ou d'un ramollissement caséeux, on peut penser au tubercule, et le diagnostic peut être rendu difficile par le fait que tout autre signe de tuberculose peut faire défaut. N'a-t-on pas observé un cas de gommes tuberculeuses multiples, sans réaction ganglionnaire primitive, et pour lequel on avait porté le diagnostic de sporotrichose ? Il en est de même pour les gommes iriennes.

Une autre difficulté réside dans le fait que le malade peut être à la fois tuberculeux et syphilitique. Un cas semblable a été présenté par Armaignac à la Société de chirurgie de Paris. On admit la prépondérance étiologique de la tuberculose, et on proposa l'énucleation pour supprimer le foyer infectieux.

Le maximum de difficulté se rencontre dans le cas de gomme tuberculeuse isolée; forme heureusement très rare. De Graefe observa un cas semblable chez un nourrisson de quelques mois. Perls également.

On étaiéra surtout son diagnostic sur la notion de l'excessive gravité de la tuberculose, comparée à la syphilis, la rapidité de son évolution, et sa généralisation dans tout l'organisme : une gomme irienne tuberculeuse provoque presque constamment une perforation de la cornée ; la gomme syphilitique n'occasionne jamais de fonte purulente de cette membrane. De plus le traitement spécifique a une influence marquée sur son évolution.

Perls fait remarquer la rareté des vaisseaux au niveau de l'infiltration tuberculeuse (1) et la prédominance de

1°) C'est ce qui explique le fait que le tubercule ne donne que très rarement de l'hyphéma.

cette affection chez les enfants. Enfin, on pourra recourir à l'épreuve de la tuberculine.

Le diagnostic différentiel de l'abcès irien est plus aisé ; cette affection revêt plutôt la forme d'iritis ou d'irido-choroïdite suppurée, et se localise très rarement en un point de l'iris. M. le professeur Rollet a, d'autre part, établi avec précision les caractères du pseudo-hypopyon gommeux.

Lagrange, dans son traité, a décrit les différentes tumeurs de l'œil : lipomes, tumeurs telangiectasiques, kystes, sarcomes. Nous n'insisterons pas.

Les iritis syphilitiques diffuses sont des formes graves, marchant de pair avec une évolution généralisée de l'infection, et ne souffrent pas les mêmes difficultés de diagnostic.

Les anamnestiques suffiront généralement à dissiper toute incertitude. Quand le staphylome apparaît, les lésions du segment antérieur excessivement avancées, font poser le diagnostic de syphilome total de l'œil. Si l'œil est énorme, projeté en avant, entouré d'un bourrelet chémoïque, de paupières œdématisées, le diagnostic doit être fait avec le phlegmon de l'orbite et la ténionite, mais dans ces deux cas, le globe est sain, le segment antérieur non touché, l'œil amaurotique.

CHAPITRE VI

Pronostic

L'iritis plastique est une affection bénigne ; seule sa tendance à la chronicité ou aux récurrences peut assombrir le pronostic.

L'iritis gommeuse ordinaire a des suites plus graves. D'après une statistique de Schmidt, 50 pour cent des malades ne possèdent après guérison qu'une vision égale, au maximum, à $1/2$. Les résultats obtenus par M. le professeur Rollet sont meilleurs, mais, quoiqu'il en soit, on n'assiste jamais à une *restitutio ad integrum* : « Les nodosités peuvent disparaître par résorption, mais c'est toujours au détriment d'une partie cellulaire de l'iris, qui, consécutivement, devient le siège d'une atrophie plus ou moins apparente. » (De Wecker).

Au point de vue de l'iris seul le pronostic dépend du nombre et de la solidité des adhérences, de la multiplicité des nodules gommeux, de l'atrophie entraînant une gêne fonctionnelle plus ou moins prononcée du diaphragme de l'œil. Des exsudats dans la chambre antérieure, des opacités persistantes de la cornée, et surtout l'occlusion pupillaire par une membrane organisée, diminuent dans de fortes proportions la vision du malade.

Le pseudo-hypopyon n'indique pas une aggravation considérable, ainsi que le remarque M. le professeur Rollet. 1° : « Certes en constatant ces symptômes on peut être à juste titre inquiet sur la vision d'un œil ainsi frappé et cependant, dans les deux cas, il y a eu retour à une vision très satisfaisante, et les suites de l'affection à allure apparemment suppurative ont été presque aussi favorables que dans une iritis plastique de moyenne intensité. »

1° Loc. cit.

Le pronostic de l'infiltration gommeuse est, par contre, des plus graves. Sur sept cas publiés par Millet (1), cinq fois on dut pratiquer l'énucléation, et deux fois il y eut mort du sujet. On est tenté de comparer cette infiltration gommeuse qui apparaît souvent comme premier symptôme d'une infection générale grave, à une rétinite brightique. par exemple, qui annonce, alors que l'organisme présente parfois des signes de forte résistance, un pronostic fatal avant six mois. Nous avons dit plus haut toute l'importance que Trousseau accordait à ces manifestations oculaires de la syphilis.

La valeur pronostique des hémorragies soulève une discussion intéressante.

Pour Sabatier, l'hémorragie est une complication redoutable, parce qu'elle contribue à la production de fausses membranes obstruant le champ pupillaire.

D'après Broca, les effets de l'hémorragie sont les suivants :

Elle augmente la tension intra-oculaire, et détermine des douleurs quelquefois très vives. D'autre part, sa présence peut contribuer à entretenir le processus inflammatoire.

Il semble établi aujourd'hui que l'hémorragie n'est pas responsable de ces complications. En effet, les fausses membranes s'observent tout aussi fréquentes dans l'iritis sans hyphéma. De plus, cet hyphéma se résorbe, en général, très rapidement. Dans l'observation IV, le sang de la chambre antérieure disparaît en quatre jours, pour reparaitre ultérieurement. Même durée de 4 jours dans les observations II et III. Il n'est donc pas prouvé, comme l'avancait Broca, que l'hyphéma ait pour conséquence une obstruction du canal de Schlemm par un bouchon de fibri-

1° Loc. cit.

ne ou de caillots sanguins, ni ne produise de l'hypertension ou des phénomènes glaucomateux.

Enfin, le séjour du sang dans la chambre antérieure ne semble pas aggraver les symptômes inflammatoires. En effet, ces symptômes s'amendent et peuvent disparaître avant même la résorption de l'exsudat. D'autre part, lorsque l'hyphéma reconnaît une autre cause que l'iritis, on n'observe du côté de la membrane irienne aucune réaction inflammatoire.

On doit donc considérer l'hémorragie dans l'iritis comme une complication imprimant à cette maladie, en quelque sorte, un cachet symptomatique spécial, mais n'entraînant pas une aggravation ou un retard notable à la guérison.

CHAPITRE VII

Traitement

Avant tout, le traitement doit être précoce et intensif. Ainsi que le remarque M. le professeur Rollet, le résultat visuel en dépend. « L'irido-choroïdite gommeuse guérit admirablement, et sans laisser de traces quand elle est diagnostiquée à temps, tandis que, dans le cas contraire, malgré un traitement très énergique, les lésions ne disparaissent qu'après un long temps, et, souvent même, elles entraînent après elles, l'atrophie de l'organe. Aussi, la rapidité du traitement est-elle la condition *sine qua non* de la guérison de cette forme grave de l'iritis ». (Dehenne).

Le traitement sera mixte, et s'adressera à la fois à l'accident oculaire et à l'infection qui l'a déterminé. Il consiste dans l'administration simultanée de mercure et d'iode de potassium.

Le mercure, médicament toujours héroïque de la syphilis oculaire est employé de tout temps. En 1829, nous voyons Nichet administrer le calomel « porté jusqu'à la salivation ». Selon lui, c'était la salivation qui produisait la dérivation salutaire. « La première amélioration, dit-il, a toujours coïncidé avec le gonflement de la bouche », et il se vante d'avoir obtenu une salivation de deux litres par jour ! Par ailleurs, toutes les variétés d'iritis sont justifiables du calomel : telle iritis traumatique, par exemple, exigea 15 jours de salivation.

Fournier, en 1872, recommande les frictions telles qu'elles sont employées actuellement. « Le traitement par les frictions est la meilleure, la véritable, la seule ressource, et il faut le faire à haute dose, de 4 à 10 gr. d'onguent mercuriel par jour, et même au-delà, jusqu'à influencer

la bouche, ce qui ne veut pas dire jusqu'à la salivation. La bouche affectée, il faut continuer à la même dose, tout en modérant l'irritation buccale. C'est grâce aux frictions seules qu'on parvient à se rendre maître des affections syphilitiques secondaires de la choroïde, du nerf optique, et de la rétine.

On emploie également le mercure sous forme d'huile biiodurée de Panas à 2 pour cent, à raison de 1 cme par jour, ou encore le calomel à 1 pour 10, et l'huile grise par dixième de seringue, soit 4 cg de mercure. A la clinique ophtalmologique de Lyon, on utilise beaucoup les injections intraveineuses de cyanure de mercure, qui donnent d'excellents résultats.

L'iodure de Potassium est donné aux doses de 6, 8 et même 10 gr. par jour. A lui seul, il peut amener la résolution des gommés.

Nous signalerons enfin l'emploi des arsénobenzols qui, en plus de leur action antiparasitaire auraient une action hypotensive marquée. Le 606 et le 914 sont les plus employés.

Le traitement local consistera en instillations d'atropine, mais en examinant à chaque instant la tension oculaire. S'il y a de l'hypertonie, et des phénomènes douloureux, on aura recours aux instillations d'ésérine, de pilocarpine, à la paracenthèse de la chambre antérieure, ou à l'iridectomie large, antiglaucomateuse.

Mais d'une façon générale il ne faudra recourir qu'en dernier ressort au traitement chirurgical. Le vieil adage est toujours vrai : les gommés, n'y touchez pas. « Craignons, dit M. le professeur Rollet, une infection secondaire par l'incision et la ponction ; du reste, mercure et iodure, j'allais dire iodure seul, amènent la guérison.

Il faut respecter pour les mêmes raisons l'hyphéma de l'iritis syphilitique ; le traumatisme opératoire est toujours susceptible de provoquer une réactivation dangereuse de la maladie. Broca, qui conseillait cependant la paracenthèse, dit, lui aussi qu'il ne faut pas la considérer comme une panacée de tous les hyphémas : « La ponction fait cesser un symptôme ; elle ne guérit pas la maladie, et on ne saurait lui attribuer une valeur positive ». Nous avons montré d'autre part, avec quelle facilité se résorbait, le plus souvent, l'hémorragie de la chambre antérieure.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis irienne revêt soit la forme exsudative et plastique, soit la forme gommeuse. Ces lésions sont tantôt précoces, résolutives, caractéristiques de la période secondaire, tantôt précoces ou tardives, mais franchement destructives, et caractéristiques de la période secondotertiaire ou tertiaire.

II. — Un processus gommeux à l'iris peut donner lieu aux formes cliniques suivantes : gomme circonscrite, iritis gommeuse, pseudo-hypopyon gommeux ou ramollissement de la gomme remplissant la chambre antérieure, et infiltration gommeuse diffuse.

III. — Dans toutes les formes cliniques de l'iritis syphilitique, on peut constater la présence d'une hémorragie dans la chambre antérieure. Nous rapportons huit observations de syphilis irienne hémorragique dont trois ont été recueillies à la clinique de M. le professeur Rollet.

IV. — L'hémorragie de la chambre antérieure, ou hyphéma, est due à un processus d'endartérite oblitérante qui, secondairement, occasionne de la stase sanguine, et des ruptures de capillaires ou de vaisseaux iriens. L'hémorragie apparaît tardivement dans l'évolution des lésions iriennes.

V. — Le diagnostic se fera par l'examen attentif du malade et par l'examen méthodique de l'iris avec une loupe binoculaire. On se rappellera que les hémorragies iriennes se voient classiquement dans le diabète, la goutte et le rhumatisme.

VI. — Il faut considérer l'hyphéma comme apportant à la syphilis de l'iris un cachet symptomatique particulier, mais n'influençant pas d'une façon générale, la marche de cette affection. Seule, l'infiltration gommeuse avec hémorragie est d'un pronostic grave.

VII. — Le traitement doit être précoce et intensif. Il consiste essentiellement en injections intraveineuses de cyanure de mercure et d'iodure de Potassium, dont on donne Jusqu'à 8 et 10 gr. par jour en cas de processus gommeux à tendance généralisante.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ETIENNE ROLLET.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 22 Juin 1921.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- | | |
|------------------------|---|
| ALEXANDER..... | <i>Syphilis u. Auge.</i> Wiesbaden, 1888. |
| ALT (A.)..... | <i>Hémorrhagie iritis with spongy exsudation.</i> (Arch. d'ophtalm., 1877, VI). |
| ARLT..... | <i>Die krankheiten des Auges.</i> Prague 1853. |
| ARMAIGNAC..... | <i>Iritis syphilitique unilatérale avec gomme de l'iris.</i> (Recueil d'ophtalm., 1896, p. 129). |
| BEER..... | <i>Lehre von den Augenkrankheiten.</i> Wien, t. I, 1813. |
| BENOIT..... | <i>Description anatomo-pathologique d'une gomme de l'iris.</i> (Arch. d'ophtalm., 1898, p. 189). |
| BRIXA..... | <i>Ueber gumma des ciliarkörpers undluetische Augenhintergrundserkrankungen</i> (Arch. f. Ophtalm., 1899, p. 123 et suiv.). |
| BROCA..... | <i>Contribution à l'étude des hyphe-mas consécutifs aux iritis et aux irido-cyclites.</i> (Arch. Ophtalm., Paris, 1883). |
| CORNIL ET RANVIER..... | <i>Manuel d'histologie pathologique.</i> Paris 1901, p. 229. |
| CELLERIER..... | <i>Iritis syphilitique.</i> (Gazette des Hôpitaux, 1844). |
| DEHENNE..... | <i>Des gommés de l'iris.</i> (Union médicale, 1887, p. 269). |
| CARON DU VILLARDS..... | <i>Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux.</i> Paris, 1847. |
| DESMARRES..... | <i>Traité des maladies des yeux.</i> Paris 1855, t. II. |
| DESPAGNET..... | <i>Iritis gommeuse maligne.</i> (Recueil d'ophtalm. 1898, XX, p. 637). |
| DOR..... | <i>Le traitement de la syphilis oculaire.</i> (Société française d'ophtalmologie, 1914, p. 125). |
| FOURNIER..... | <i>Des affections oculaires d'origine syphilitique.</i> (Journ. d'ophtalm. 1872). |

- FUCHS *Traité d'ophtalmologie*, traduction française. Paris, 1908.
- GRÆFE (DE) *Vortrag über Iritis syphilitische.* (Deutsc. Klinik, 1858, XXI, p. 209).
- HIPPEL *Ein fall von gummöser Neubildung in sämtlichen Häuten des Auges.* (Arch. f. Ophtalm., 1867, XIII, p. 65).
- HUTCHINSON *Ophtalm. trans. of the M. K.*, 1888.
- IMRE *Iritis hemorrhagiæ.* (Klinik Woche. Berlin, 1878).
- KNAPP *D intraoculären Geschwülste*, 1872.
- LAGRANGE *Traité des humeurs de l'œil.* Paris, 1901.
- LAWSON *Syphilitic panophtalmitis.* (Ophtalmic hospital reports, 1869, p. 292).
- MACKENZIE *Traité pratique des maladies des yeux.* Paris, 1884.
- MILLET *Etude de clinique sur l'infiltration gommeuse syphilitique de l'œil.* (Thèse de Lyon. 1908).
- NICHET *Mémoire sur l'iritis* (1829).
- OLIVER *Gomme de l'iris et du corps ciliaire* (The Am. Journ. of the Med. sc., 1900, t. CXIX).
- PANAS *Traité des maladies des yeux.* Paris 1894.
- PICHAT *De l'hémorragie dans l'iritis.* (Th. Paris, 1896).
- RECHE *Drei fälle von Iritis hemorrhagie.* (Klin. Monat f. Aug. Stuttg., 1892).
- RENAUT *Sur la caractéristique anatomopathologique de la syphilis.* (Rev. prat. des mal. cutanées syphilitiques et vénériennes, 1903, t. II, N° 1).
- RICORD *Traité des maladies vénériennes.* Paris, 1851.
- ROLLET *Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon* (Revue générale d'ophtalmologie. 1904, XXIII, p. 433).
- ROLLET *Formes cliniques de la syphilis gommeuse de l'iris.* (Arch. ophtalm. Mai, 1908).
- ROLLET ET GRANCLÉMENT... *Iritis syphilitique et descemetite hémorragique.* (Soc. d'ophtalm. de Lyon. Février, 1910).
- SABATIER *Etude sur les hyphemas.* Lyon Médical, 1879).

- SCHÆFER *Beitrag zur Casuistik der Iritis gummosa. (Berliner Klin. Wochenschrift, 1883, p. 403).*
- SCHMIDT *Beitrag zur Kenntniss der Iritis syphilitica. (Inaugural Dissertation, Dorpat, 1880).*
- TEILLAIS *Etude sur l'Iritis hémorragique. (Communicat. au Congrès d'ophtalmologie de Paris, 1894).*
- TERSON *Gommes précoces du corps vitreux (Arch. d'ophtalm. 1896, p. 455).*
- TRIPPIER *Traité d'anatom. pathologique générale. (Paris, 1904).*
- TROUSSEAU *Valeur pronostique de l'iritis dans la syphilis. (Annales d'ophtalmologie, Mai, 1900).*
- TRUCK, VALUDE ET FRÆNKEL *Encyclopédie des maladies de l'œil. (1908).*
- TURCAU *Contribution à l'étude des gommes syphilitiques de l'iris. (Thèse de Lyon, 1905).*
- WECKER (DE) *Traité d'ophtalmologie, 3^{me} édition. Paris, 1886, t. II, p. 289).*
- WIDDER *Ueber Iritis syphilitica mit Rücksicht auf ihr Verhalten zur allgemeinen luetischen Diathese. (Arch. f. Ophtalm. 1881, XXVII, p. 99).*
- ZIMMERMANN *L'Iritis hémorragique. (Arch. d'ophtalm. 1893).*
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	Page 7
Chapitre I. — Historique	» 9
Chapitre II. — Formes cliniques de l'iritis syphilitique	» 13
Chapitre III. — L'iritis syphilitique hémor- ragique	» 25
Chapitre IV. — Un cas récent d'iritis gom- meuse	» 39
Chapitre V. — Diagnostic	» 47
Chapitre VI. — Pronostic	» 51
Chapitre VII. — Traitement	» 55
Conclusions	» 59
Bibliographie	» 61

